FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1928

THÈSE

N° 163

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

JEAN CODET

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 11 Août 1896, à Bierné (Mayenne)

PROTATECTOMIE SUS-PUBIENNE

DANS

Les Prostatites Chroniques

REBELLES AU TRAITEMENT MÉDICAL

Président : M. P. DUVAL, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1928

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

C. 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N°_____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

JEAN CODET

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 11 Août 1896, à Bierné (Mayenne)

PROTATECTOMIE SUS-PUBIENNE

DANS

Les Prostatites Chroniques

REBELLES AU TRAITEMENT MÉDICAL

Président : M. P. DUVAL, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

—

1928

LE DOYEN. . . . . M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LŒPER.
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON.
	ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN LEJARS GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE BRINDEAU JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	BRANCA

II. — AGRÉGES EN EXERCICE

MM	
ABRAMI	Pathologie médicale
AUBERTIN	Pathologie médicale
BASSET	Pathologie chirurgicale
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale

MM.	
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino laryngologie.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.

MM.	
RETTERER	Histologie.
TANON	Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	PROUST	Clinique chirurgicale
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale
LE LORIER	Clinique obstétricale.	VILLARET	Clinique médicale.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

Le Docteur Jean CODET

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Le Docteur Joseph CODET

qui fut mon premier maître, témoignage de profonde affection.

A CELLE QUI EST POUR MOI UNE SECONDE MÈRE

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur Pierre DUVAL

A MON MAITRE

M. le Professeur agrégé MARION

qui a inspiré ce travail, en témoignage de ma respectueuse reconnaissance.

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MÉDECINE
ET DANS LES HOPITAUX DE RENNES

M. le Professeur DAYOT
M. le Professeur LE DAMANY
M. le Professeur LAUTIER

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stage

M. le Docteur Henri DUFOUR

Externat

M. le Professeur Léon BERNARD
M. le Professeur agrégé GARNIER
M. le Professeur agrégé MARION
M. le Docteur LOUSTE
M. le Professeur BRINDEAU

Internat

M. le Docteur HALLOPEAU (*in memoriam*)
M. le Docteur BRÉCHOT
M. le Professeur agrégé DESMARETS
M. le Professeur agrégé DESCOMPS
M. le Professeur agrégé MARION
M. le Professeur BRINDEAU

A M. le Professeur agrégé DEMELIN

A M. le Professeur agrégé DEBRÉ

A MM. les Docteurs MÉTIVET, DENIKER, de GENNES,
HUC, THIERS, CHARRIER

Introduction

Parmi les malades qui présentent des troubles de prostatite chronique tenace, rebelle à tous les traitements, il y a lieu de distinguer deux catégories :

Dans le premier groupe, les sujets atteints d'une infection de la prostate, des glandes prostatiques;

Dans le deuxième groupe, les sujets porteurs d'un adénome prostatique avec phénomène d'infection prostatique, entretenus par l'adénome.

Il s'agit, dans la première catégorie de malades, en général, jeunes chez lesquels les troubles remontent manifestement à une infection locale, le plus souvent gonococcique. Dans la deuxième catégorie, ce sont des malades plus âgés présentant depuis un certain temps des phénomènes de prostatisme, chez lesquels sont venus se surajouter à une occasion quelconque, des signes d'infection prostatique.

Mais il y a des cas où ni l'âge des malades, ni les antécédents ne permettent un diagnostic aussi facile. Cependant l'intérêt majeur de ces prostatites chroniques tenaces réside avant tout dans leur traitement. Il est des cas d'infection des glandes prostatiques qui résistent à tous les traitements médicaux, cas rares heureusement. On est alors conduit à proposer à ces malades une intervention chirurgicale qui leur procurera une guérison définitive et complète : la prostatectomie vraie.

C'est cette opération pratiquée par voie sus-pubienne qui paraît de technique la plus sûre et donne des résultats parfaits.

Ce sera surtout le but de ce travail.

Nous insisterons moins sur le traitement des suppurations prostatiques chroniques au cours de l'hypertrophie prostatique, traitement qui consiste avant tout dans l'ablation de l'adénome et des tissus inflammatoires par voie sus-pubienne également.

Le plan adopté est le suivant :

Chapitre I : Etude des prostatites chroniques simples, rebelles au traitement médical.

Chapitre II : Etude des prostatites chroniques au cours de l'hypertrophie prostatique.

Chapitre III : Diagnostic des prostatites chroniques rebelles.

Chapitre IV : Traitement des prostatites chroniques simples rebelles.

Chapitre V : Traitement des prostatites chroniques au cours de l'hypertrophie prostatique.

Chapitre VI : Les observations.

Chapitre VII : Les conclusions.

CHAPITRE I

Etude des prostatites chroniques simples rebelles au traitement médical

Historique

La question des prostatites chroniques rebelles au traitement médical a été étudiée depuis de nombreuses années. Si la plupart des urologues envisage dans ce cas une intervention chirurgicale rendue nécessaire, tous ne sont pas d'accord sur l'intervention.

A l'Association française d'urologie en 1907 (*A. F. U.* 1907) la question des prostatites fut mise à l'étude.

Oraison, dans son rapport, signale des formes avec fistules dans l'urètre, le rectum, au périnée.

Il indique le procédé de Desnos pour le traitement de ces formes chroniques.

Albarran propose la prostatectomie partielle par voie périnéale pour les cas rebelles avec petits abcès folliculaires ou gros abcès avec cavernes anciennes.

Le Fur reconnaît que ces suppurations chroniques, sans offrir de gravité immédiate, peuvent assombrir le pronostic à cause des complications qu'elles présentent à

plus ou moins longue échéance. Il propose la prostatectomie périnéale.

Loumeau rapporte deux cas de prostatite chronique sans hypertrophie prostatique qu'il traite par la prostatectomie transvésicale avec succès.

Tédenat signale deux cas de cavernes prostatiques non tuberculeuses qu'il guérit par périnéotomie et curettage de la caverne.

A. l'A. F. U. 1908, *Carlier* signale qu'il a eu des déceptions après la prostatectomie transvésicale.

A l'A. F. U. 1909, *Janet* distingue les prostatites hypertrophiantes et les hypertrophies de la prostate. Pour traiter les premières, il propose la prostatectomie vraie par voie basse.

Loumeau est convaincu de sa méthode et rapporte une nouvelle observation de prostatite chronique guérie par prostatectomie par voie sus-pubienne, chez un malade âgé, déjà traité par périnéotomie.

Le Fur rappelle ses communications antérieures et décrit les formes hypertrophiantes et les formes scléreuses, dures, atrophiques. Pour les premières, il conseille la prostatectomie transvésicale; pour les deuxièmes, la prostatectomie transvésicale ou périnéale.

Camilatos, dans la thèse (Paris 1909), rapporte plusieurs observations avec résultats satisfaisants de prostatectomie par voie périnéale suivant la technique d'Albarran.

Desnos et *Minet*, dans leur « Traité des maladies des voies urinaires », préconisent dans les cas d'abcès la simple prostatotomie périnéale ou la prostatectomie subtotale périnéale, suivant la gravité des cas.

Lorsqu'il y a des phénomènes de rétention, ils envisagent diverses opérations, opération de Bottini, taille sus-pubienne complétée par incision du col, et même prostatectomie périnéale.

Legueu, dans le « Traité chirurgical d'urologie », mentionne le traitement chirurgical dans les cas se manifestant par la rétention complète chronique, prostatectomie partielle par voie périnéale suivant la méthode d'Albarran. C'est à cette méthode qu'il donne sa préférence.

Marion, à l'A. F. U. 1913, rapporte six cas de prostatectomie sus-pubienne pour prostatite chronique.

En 1921, il attire à nouveau l'attention sur les avantages et les résultats de cette intervention et publie neuf nouvelles observations.

Phelip, à l'A. F. U. 1922, propose l'évidement prostatique par l'électro-coagulation.

Nous voyons donc que depuis de nombreuses années on a cherché le meilleur traitement de cette affection tenace; mais les indications du traitement chirurgical n'ont pas été nettement précisées; les techniques sont variables.

Nous nous proposons de montrer par l'étude de 21 observations de notre maître, M. le docteur Marion (15 observations déjà publiées, 6 inédites), les avantages de la voie sus-pubienne, et nous préciserons les indications, la technique, les résultats.

Etiologie

Il serait fastidieux de retracer l'histoire complète des prostatites chroniques.

Nous voulons seulement signaler certains faits qui ont retenu notre attention chez les malades atteints de formes rebelles, susceptibles d'intervention chirurgicale. D'abord leur *rareté*. En effet, dans le service Civiale à l'hôpital Lariboisière, et dans sa clientèle privée, M. Marion a pratiqué 21 prostatectomies par voie sus-pubienne pour prostatite chronique simple rebelle. Six cas ont été publiés en 1913, neuf en 1921 et six observations inédites.

En étudiant les antécédents de ces malades, nous avons trouvé soit à l'examen du malade, soit après l'intervention à l'examen de la pièce, huit cas de prostatite avec abcès fistulisé dans l'urètre et deux cas d'abcès fistulisé au périnée; donc *près de* 50 p. 100 *des cas consécutifs à un abcès prostatique.*

Dans les huit premiers cas, l'ouverture dans l'urètre a été spontanée. Parmi les deux cas fistulisés au périnée, l'ouverture a été une fois spontanée, l'autre fois la fistule a été secondaire à une périnéotomie faite pour drainer l'abcès prostatique. Mais dans ce dernier cas, il semble que le drainage ait été déjà tardif. Il s'agissait, en effet, d'un abcès déjà ouvert dans le rectum; l'abcès s'était reformé. Le drainage périnéal ne suffit pas à guérir cette suppuration ancienne : une fistule persiste.

Il semble donc que l'ouverture spontanée dans l'urètre considérée, par certains auteurs, comme une excellente évolution puisse donner des fistules interminables. De même une intervention trop tardive. Mieux vaut donc, lorsqu'on a diagnostiqué une prostatite suppurée, intervenir en temps voulu pour la drainer par une incision périnéale avec ouverture large des deux lobes prostatiques et drainage.

Nous relevons *dans un quart des cas la présence de rétrécissements de l'urètre*, la prostatite entretenant l'urétrite et inversement.

Des germes microbiens, rien de particulier à noter si ce n'est la nécessité de faire un examen bactériologique du pus pour déceler les microbes en cause.

Anatomie pathologique

L'examen histologique des pièces obtenues par l'intervention confirme les données classiques.

Avec M. Marion, nous distinguerons :

1° La prostatite glandulaire sans abcès;

2° La prostatite avec abcès ou fistule.

Dans la prostatite glandulaire, les lobes ont le volume d'une très grosse amande. La section fait apparaître une coupe homogène non lobulée, un liquide abondant, laiteux trouble faisant issue d'une quantité de cavités minuscules faisant ressembler la masse à une éponge. La coloration de la coupe était d'un gris rosé. L'examen microscopique démontre l'existence des lésions décrites couramment du côté des glandes et du tissu interstitiel. Les glandes étaient dilatées, remplies de cellules épithéliales et de leucocytes, parfois de pus véritable. Le tissu interstitiel était infiltré de sérosité et de leucocytes groupés autour des culs-de-sac glandulaires.

Dans la prostatite avec abcès, il existe au milieu d'un tissu fibroïde une série d'abcès dont quelques-uns du volume d'une noisette. Ces abcès, insuffisamment ouverts du côté de l'urètre, contiennent souvent, ainsi que les glandes existant dans leurs parois, *des quantités de petits calculs.* Ceux-ci formaient parfois des amas logés dans les cavités creusées dans le tissu séparant les abcès. *Ce sont autant de corps étrangers qui entretiennent les lésions.*

Ces données anatomo-pathologiques permettent de comprendre qu'aucun traitement médical ne pourra vider ces prostates transformées en quelque sorte en éponge ou creusées de cavités d'abcès, de véritables cavernes entourées de coques plus ou moins scléreuses. L'ablation seule de ces lésions peut amener la guérison.

Symptômes

Nous décrirons les formes cliniques que nous avons rencontrées et pour lesquelles une intervention a été pratiquée.

Il est rare de retrouver chez un même malade l'ensemble des signes décrits au cours de la prostatite chronique. C'est, en général, l'un quelconque des symptômes qui, par sa ténacité, sa résistance au traitement, amène le malade au chirurgien.

Les douleurs sont souvent diffuses, mal localisées, siégeant à la région hypogastrique, au périnée, au niveau du rectum, avec irradiations variées; dans quelques cas, elles prédominent nettement sur les autres symptômes. (Obs. III.)

Au moment de la *miction*, le malade accuse des sensations de brûlure avec besoin impérieux d'uriner.

La pollakiurie peut être assez marquée, mais jamais autant que dans les cystites, et il est rare de voir la miction être plus fréquente que toutes les heures ou demi-heures. (Obs. II.)

La dysurie a été quelquefois notée, même en dehors du rétrécissement de l'urètre. Elle peut être telle qu'elle aboutit à une rétention incomplète avec simple résidu. Dans un cas que nous relatons (Obs. V), la pollakiurie et la dysurie étaient telles que le malade se sondait régulièrement.

Les urines sont troubles dans la majorité des observations, cas où l'abcès est fistulisé dans l'urètre. (Obs. III.) Dans les cas ordinaires, il y a d'abondants filaments épais, lourds dans une urine un peu louche.

Mais le signe très fréquent des suppurations prostatiques chroniques tenaces, c'est *l'écoulement du pus par le méat urétral* (Obs. IV, V, VI). Le pus s'écoule goutte à goutte. Cet écoulement peut survenir au moment d'un effort, de la défécation, pendant la marche, ou être continu, le malade coule comme au cours d'une blennorragie aiguë, mais cet écoulement est indolore, ou à peu près.

Plus rarement, le malade vient pour *des fistules périnéales*. Nous avons rencontré ce symptôme dans deux observations déjà publiées; l'une fistule spontanée, l'autre fistule consécutive à une périnéotomie pour abcès prostatique. Elles laissent passer du pus et parfois de l'urine au moment de la miction.

Les troubles génitaux sont, au cours des prostatites chroniques, parmi les plus grandes préoccupations des malades, soit qu'ils présentent des érections persistantes la nuit, soit qu'ils se plaignent d'érections incomplètes, d'éjaculations hâtives, soit qu'ils se plaignent d'impuissance.

Dans les formes rebelles, ces troubles génitaux n'ont jamais été accusés par les malades, ou du moins les malades ne se sont-ils pas plaints de cela. Il est probable que les troubles génitaux passent au second plan, à cause de l'importance des autres symptômes : écoulement purulent, fistules périnéales, rétention d'urine... qui empoisonnent l'existence de ces malheureux.

D'autre part, ces lésions ont toujours retenti sur leur *état mental*, provoquant parfois une véritable neurasthénie, les amenant à accepter, à réclamer eux-mêmes l'intervention qui mettra fin à leurs ennuis.

L'examen du malade doit être conduit méthodiquement pour déceler les lésions aussi exactement que possible. Il doit être conduit comme l'examen d'un prostatique banal.

L'écoulement de pus par le méat attire vite l'attention, car le plus souvent il est abondant. Un prélèvement sera fait aux fins d'*examen histo-bactériologique* et de culture, si nécessaire. Nous en verrons plus loin l'intérêt.

Le malade urinera dans deux verres pour permettre de constater *le trouble des urines* ou la présence de *gros filaments*.

Il sera bon de vérifier l'évacuation de la vessie, car nous avons noté des formes avec rétention incomplète.

Le toucher prostatique décélera les lésions les plus variables.

La région prostatique est *sensible*, sinon douloureuse. La prostate est le plus souvent *augmentée de volume.* Cette augmentation n'est pas régulière, elle prédomine souvent sur un lobe.

Les limites sont nettes, en général.

La consistance est inégale : *points durs*, durs comme dans le néoplasme (Obs. II), mais le plus souvent nombreux et diffus dans les deux lobes; *ou zônes plus ou moins ramollies.*

Le massage provoque par le méat un écoulement de liquide purulent d'abondance variable, soit en goutte, soit, au contraire, en véritable jet.

Si l'on vient à remplir la vessie de liquide limpide, celui-ci ressort trouble après le massage de la prostate.

L'exploration de l'urètre est indispensable. Si le malade a été traité récemment, l'explorateur passera facilement, mais on apprendra souvent qu'il existait un rétrécissement. D'autrefois, l'explorateur accroche une série de rétrécissements ou un seul.

Les fistules périnéales siègent en avant de l'anus, laissent sourdre du pus et parfois de l'urine au moment de la miction. Par le toucher rectal, en exprimant la prostate, on voit sourdre un liquide uro-purulent.

L'*urétroscopie* complètera cet examen.

Outre les lésions d'urétrite postérieure constante, on notera une ou plusieurs fistules prostato-urétrales, ouverture de véritables cavernes prostatiques, de dimensions parfois importantes. Dans une observation (Obs. III) on a pu apprécier une profondeur de trois centimètres.

Les malades ont pu, au cours de la longue évolution de leur affection, voir décliner leur état général. Ils sont surtout démoralisés par les échecs de tous les traitements suivis et par les *complications :*

Complications

Poussées de *cystite;*

Orchiépididymites, uni ou bilatérales, très fréquentes, allant jusqu'à la suppuration. Nous les avons rencontrées avant et même après la prostatectomie.

Nous avons déjà insisté sur l'*urétrite chronique* et le *rétrécissement* de l'urètre. Dans un cas, la situation du malade se compliquait encore du fait suivant : toute dilatation était suivie de poussées thermiques importantes.

Formes cliniques

Certains symptômes étaient tellement accusés dans nos observations qu'ils ont permis de distinguer certaines formes cliniques, dont l'intérêt est grand au point de vue des indications thérapeutiques.

Sur vingt-et-une observations nous avons noté :

10 *cas de prostatite suppurée fistulisée :*
8 fois dans l'urètre : fistule prostato-urétrale.
2 fois au périnée : fistule prostato-périnéale.
6 *cas de prostatite glandulaire;*
3 *cas de prostatite douloureuse;*
2 *cas de prostatite avec rétention vésicale d'urine.*

a) *Prostatite suppurée avec fistule prostato-urétrale :*

5 observations ont été déjà publiées en 1913 et 1921;
3 observations sont inédites. (Obs. III, IV, VI).

C'est la forme la plus fréquente. Il existe une véritable caverne qu'aucun massage, aucune dilatation... ne pourront combler.

Cette forme est essentiellement caractérisée par l'écoulement de pus par le méat. L'urétroscope montre la fistule. Cette forme est absolument rebelle au traitement médical.

b) *Prostatite suppurée avec fistule prostato périnéale.*

Deux cas ont été publiés en 1921.

La fistule ne pourra disparaître qu'après l'ablation de la caverne prostatique cause de la fistule.

c) *Prostatite glandulaire simple sans collection réelle.*

Quatre observations sont publiées, deux sont inédites.

Cette variété est caractérisée par des troubles de prostatite banale : douleurs vagues, urines troubles avec gros filaments.

L'examen du malade décèle une augmentation de volume de la prostate, *forme hypertrophiante*, avec persistance plus ou moins net du sillon médian séparant les deux lobes, de consistance inégale.

Parfois on rencontre des noyaux simulant le cancer, *forme pseudo-néoplasique* (Obs. II).

d) *Prostatite douloureuse.*

Trois cas ont été antérieurement rapportés, où les douleurs prédominaient nettement sur les autres symptômes. Les phénomènes objectifs : écoulement purulent, pyurie, pollakiurie... passent au deuxième plan.

Ces derniers symptômes peuvent être améliorés par le traitement médical, mais les douleurs persistent. Ce sont bien souvent des formes où la sclérose d'origine inflammatoire doit englober urètre prostatique, canaux éjaculateurs, provoquant des douleurs qui résistent à tous les traitements.

e) *Prostatite avec rétention vésicale d'urine.*

Cette forme a été rencontrée deux fois : un cas publié, un inédit (Obs. V).

Nous avons signalé, en outre, des cas où il existait un résidu (Obs. publiées en 1921, résidu de 40 et 80 gr.) Il

est possible que l'augmentation de volume ou l'infiltration scléreuse de la prostate amène une gêne telle à l'évacuation de l'urine qu'il existe un résidu comme dans l'hypertrophie prostatique.

Plus intéressantes, au point de vue indication opératoire, sont les formes avec rétention complète (Obs. V).

Pronostic

Toutes ces formes cliniques de prostatite chronique n'offrent aucune gravité immédiate.

Elles rendent la vie insupportable au malade, font de lui un *infirme*, un neurasthénique.

D'autre part, elles peuvent être le *point de départ d'infections graves*. Ajoutons à cela qu'elles *entravent et compromettent les fonctions génitales* et ont leur retentissement sur l'état général.

Traitement

La durée de l'affection est donc très longue. Ces malades se soumettent durant des mois, des années à tous les traitements.

Pendant une première période, des massages de la prostate, avec dilatations urétrales sont régulièrement pratiquées deux ou trois fois par semaine.

On ajoute parfois de petites instillations vésico-urétrales. Souvent, il se produit une légère amélioration, mais l'écoulement persiste, la pollakiurie, la dysurie reprennent dès que l'on cesse les soins.

Les massages, dilatations, instillations sont repris. Le malade prend les médicaments les plus variés et les plus nouveaux, sans omettre les vaccins, stock ou auto-vaccins.

Une métroscopie montre les lésions. Elle permet de pra-

tiquer des attouchements iodés à leur niveau, de petites cautérisations ou même de petites séances d'électrocoagulation.

La diathermie elle-même est accusée de n'amener que peu de résultats, surtout dans les formes fistulisées. Il ne faut cependant pas considérer comme échecs du traitement médical ces cas rebelles.

L'anatomie pathologique permet de comprendre la résistance au traitement classique de ces cavernes avec calculs inclus, coque scléreuse, ou des lésions de prostatite glandulaire énorme.

C'est à ce moment que le malade est confié au chirurgien. L'intervention chirurgicale est indispensable.

CHAPITRE II

Etude des prostatites chroniques au cours de l'hypertrophie de la prostate

Nous insistons beaucoup moins sur les prostatites chroniques au cours de l'hypertrophie de la prostate. De nombreux travaux ont été publiés à ce sujet depuis fort longtemps. Il nous suffira de rappeler que tout récemment dans le Journal d'Urologie, Carmelo Maltese Le Roy publiait sur ce sujet un mémoire original.

Notre intention est simplement de retracer rapidement cette question et de montrer par quelques observations nouvelles, le bien-fondé de la prostatectomie sus-pubienne dans ces cas de suppurations prostatiques chroniques.

L'infection, on le sait, peut siéger dans l'adémone, ou dans la prostate proprement dite ou dans les deux à la fois. Quoiqu'il en soit, c'est l'adémone qui entretient la suppuration, c'est lui qui est la cause esentielle de la chronicité.

Le début peut être marqué par une phase aiguë comme dans tout abcès prostatique.

Mais le plus souvent, il s'agit de prostatite chronique

d'emblée qui peut présenter des poussées aiguës au cours de l'évolution. Ces poussées aiguës ont le tableau bruyant de l'abcès prostatique. Dans d'autres cas, insidieusement, des abcès importants se forment. Quel que soit le mode de début, la suppuration installée reste chronique.

Le malade est avant tout un prostatique chez lequel des symptômes nouveaux apparaissent.

La *pollakiurie*, la *dysurie* du prostatique augmentent rapidement. On peut même voir survenir une *rétention complète aiguë*, souvent fébrile, qui peut devenir rétention complète chronique.

L'*écoulement purulent par l'urètre* est assez fréquent, les urines, jusque là claires, deviennent troubles, lorsque l'abcès s'est ouvert dans l'urètre.

Il peut exister une légère douleur au moment de la miction.

Chez un prostatique, à part l'écoulement purulent par le méat, aucun signe n'est caractéristique d'une prostatite en évolution. Aussi convient-il de suivre régulièrement ces malades et à la moindre atteinte de l'état général, à la plus petite modification des symptômes urinaires de toucher systématiquement leur prostate comme on ausculte le cœur des rhumatisants, suivant le précepte de Guyon et Second.

Le toucher rectal montre une hypertrophie de la prostate dont les caractères classiques sont un peu modifiés : tumeur moins bien limitée avec disparition du sillon médian, à surface irrégulière, — dans certains cas petits nodules durs le plus souvent nombreux et bien limités, qui pouvaient en imposer pour un néoplasme prostatique. Le massage ne ramène rien au méat — dans d'autres cas, on note l'existence d'une zône fluctuante, ramollie, dépressible, il s'agit d'un abcès qui, s'il n'est déjà ouvert, va s'ouvrir dans le rectum ou l'urètre.

Le toucher est en général douloureux.

Quoiqu'il en soit, ces prostatites sont toujours chroniques, insidieuses, subissant de temps à autre des poussées aiguës ou présentant des *complications :*

Orchiépididymites qui suppurent souvent et obligent à pratiquer une castration.
Cystite.
Pyélonéphrite très grave.
Infection urinaire.

Bien souvent l'attention sera attirée par une de ces complications : il faut toujours penser à une prostatite jusque là *latente.*

On a voulu distinguer les prostatites qui surviennent après la cystostomie, premier temps de la prostatectomie. Enfin rappelons que Gauthier a été un des premiers à signaler les prostatites après adénomectomie.

Mais ces derniers cas cèdent à un traitement banal.

Il n'en est pas de même des suppurations au cours de l'hypertrophie prostatique.

Aucun traitement médical n'amène la guérison parfaite. Aussi ces malades sont-ils conduits à envisager rapidement l'intervention chirurgicale.

La suppuration prostatique est une indication formelle à la prostatectomie.

CHAPITRE III

Diagnostic des prostatites chroniques rebelles

Le diagnostic d'infection chronique de la prostate, à la phase qui nous intéresse, est en général facile. L'affection est de date ancienne et souvent les antécédents sont manifestes.

L'écoulement purulent par l'urètre est le signe le plus facile à interpréter. Quand un malade voit couler par le méat du pus abondant, d'une façon prolongée, sans douleur, il faut songer de suite à l'abcès de la prostate fistulisé dans l'urètre.

Ce symptôme ne peut être donné que par un abcès sous-urétral, une coropérite fistulisée dans l'urètre. Mais le diagnostic est facile. Le simple toucher de la prostate d'autre part fera sourdre le pus.

Il s'agit d'une véritable caverne prostatique ouverte dans l'urètre. Un seul diagnostic auquel la chronicité des lésions fait penser : celui des *lésions tuberculeuses de la prostate;* mais il est exceptionnel dans des cas aussi anciens de ne pas constater d'autres localisations génito-urinaires de la tuberculose.

L'origine de la *pyurie* que présentent certains malades sera reconnue par le massage prostatique après remplissage préalable de la vessie avec une solution antiseptique. On éliminera aisément les cystites et les affections suppurées des reins.

Les *fistules périnéales*, à point de départ prostatique peuvent être confondues avec des fistules consécutives à une périurétrite facilement reconnaissable à l'infiltration du périnée.

Il est des cas où il faut interpréter l'*augmentation de volume de la prostate*.

Dans les cas de prostatite simple, cette grosse prostate n'a pas les caractères de l'hypertrophie prostatique classique. Il y a, en général, conservation du sillon séparant les deux lobes, dissémination dans les deux lobes avec prédominance parfois dans l'un d'eux, des lésions : il existe des zônes infiltrées, d'autres plus ramollies. On a parfois la même impression au cours de la tuberculose prostatique avec cavernes.

Mais à ce stade, outre l'atteinte de l'état général, il est fréquent comme nous le disions plus haut, de trouver des lésions épididymaires importantes dont la nature ne fait aucun doute, ou même une tuberculose rénale aisément décelée.

Le diagnostic est plus délicat lorsque l'augmentation de la prostate semble diffuse et qu'il existe une zône indurée. S'agit-il de prostatite simple à forme hypertrophiante, s'agit-il de prostatite chez un prostatique, s'agit-il d'un néoplasme prostatique ?

De nombreux moyens ont été décrits, signe de Chevassu, recherche de l'éosinophilie sanguine (Legueu et Morel).

La cystoscopie peut dans certains cas donner quelques renseignements. Bien souvent c'est l'épreuve du traite-

ment (massage...) suffisamment prolongée qui permettra d'éliminer le cancer. (Obs. II).

Quant à préciser dans certains cas, s'il s'agit de prostatite chronique ou de prostatite chez un prostatique, le problème peut être délicat dans le cas où l'adénome encore tout petit ne se manifeste pas d'une façon évidente au toucher rectal. Mais ce petit adénome à développement vésical n'en entretient pas moins la suppuration. Il faut y penser. L'âge des malades, les antécédents peuvent être seulement une indication (Obs. X). D'ailleurs la question a peu d'intérêt devant la chronicité des lésions : il faudra intervenir pour guérir ces malades. C'est parfois au cours de l'intervention que l'on découvrira le petit adénome, agent de la chronicité.

On n'acceptera qu'avec prudence le diagnostic de rétention vésicale d'urine par prostatite. Il faudra que les antécédents soient nets et les lésions prostatiques manifestes, bien qu'il puisse exister des cas où une petite prostate scléreuse, en quelque sorte cicatricielle puisse amener des phénomènes de rétention.

CHAPITRE IV

Traitement des prostatites chroniques simples rebelles

Indications du traitement

Les cas sont donc relativement rares où le traitement médical reste impuissant.

En effet, la presque totalité des prostatites chroniques cèdent plus ou moins rapidement au massage de la prostate, dilatation de l'urètre, instillation vésico-urétrale, vaccinothérapie. D'autre part, la diathermie permet des améliorations dans certains cas qui résistaient au traitement banal.

Les indications thérapeutiques sont variables suivant les formes cliniques.

Il est des formes où, semble-t-il, il vaut mieux être prudent et s'abstenir de toute intervention.

Ce sont les *formes essentiellement douloureuses,* associées bien souvent à des vésiculites chroniques. En

effet, si les douleurs ont disparu après prostatectomie dans les formes glandulaires où les douleurs étaient au deuxième plan, par contre, elles ont persisté dans les trois cas déjà publiés où elles étaient le phénomène majeur bien que les autres symptômes aient disparu. M. Marion préfère dans ces formes douloureuses continuer le traitement médical, sans oublier le traitement antinévralgique et moral car ces douleurs répondent dans certains cas à des névralgies souvent liées à un état neurasthénique.

Les formes de prostatite suppurée glandulaire avec grosse prostate sont également justiciables d'un long traitement médical. Tout devra être mis en œuvre pour amener la disparition des poussées inflammatoires.

Il faut espérer beaucoup du traitement médical bien dirigé et régulièrement suivi. Mais il est des cas ou après amélioration, les accidents reprennent. Dans ces cas, il est préférable d'envisager une intervention chirurgicale.

Dans les prostatites suppurées avec abcès fistulisés dans l'urètre, une intervention est bientôt indispensable si la suppuration persiste. Il s'agit le plus souvent d'une ou plusieurs cavernes fistulisées dans l'urètre, mal drainées, limitées par du tissu fibroïde, contenant très souvent de nombreux petits calculs. Ces cas ne guériront jamais par le traitement ordinaire.

Il en est de même dans les *formes avec fistules périnéales*. Il est indispensable de supprimer le foyer initial prostatique pour voir les fistules se fermer définitivement.

Enfin les *prostatites avec rétention* obligent le malade à se sonder pour éviter la pollakiurie croissante ou la rétention complète chronique. L'intervention chirurgicale, seule, peut rendre une vie normale à ces malades. Il n'y a pas lieu d'attendre trop longtemps pour la proposer aux malades.

Les interventions proposées

Nous signalerons les *interventions endo-urétrales.*

D'abord le débridement des fistules à l'aide du galva-*nocautère.* C'est sur les parties latérales du veru montanum que l'on va chercher ces fistules.

Lorsque plusieurs de ces orifices ont été agrandis, ils arrivent à se confondre et à former ainsi une sorte de grande ouverture qui donne dans une cavité suppurée. Cette intervention est fatalement incomplète et les urines peuvent rester troubles.

L'évidement prostatique a été réalisé par l'*électrocoagulation.*

Phelip a rapporté, en 1922, à l'A. F. U., six cas.

Il y avait trois cas de prostatite glandulaire et trois cas d'abcès. Les résultats, dans cinq cas, ont été « bons ».

Ces interventions endo-urétrales sont absolument logiques dans les formes avec abcès pour débrider la fistule, détruire plus ou moins partiellement les parois de la caverne. Dans les prostatites glandulaires, l'intervention ne peut pas être totale et, par conséquent, certains foyers doivent rester.

Ces méthodes ne sont ni applicables aux formes avec fistule périnéale ni aux formes avec rétention.

D'autre part, bien qu'étant faite sous le contrôle de la vue, l'électrocoagulation reste aveugle car il est difficile d'apprécier l'action en profondeur de l'électrode même guidée par un doigt placé dans le rectum.

La prostatotomie périnéale est manifestement insuffisante car le drainage est incomplet. On risque de voir se former une fistule prostato-périnéale, comme dans une observation déjà publiée.

Il reste la *prostatectomie,,* prostatectomie vraie, ablation du tissu glandulaire lui-même.

Deux voies d'abord sont possibles : la voie périnéale et la voie sus-pubienne.

La voie périnéale a été utilisée par Albarran.

Camilatos, dans sa thèse, en a rapporté plusieurs observations. Après avoir mis à jour la face postérieure de la prostate, on évide plus ou moins complètement par curettage les deux lobes de la prostate.

Oraison, dans l'Encyclopédie française d'Urologie, résumant l'opinion de la majorité des auteurs propose la prostatectomie pratiquée de préférence par voie périnéale, incisant même délibérément l'urètre prostatique comme le conseille Desnos, et en drainant par en bas. On réalise ainsi une prostatectomie subtotale périnéale.

Cette intervention n'est pas toujours facile.

Le décollement prostato-rectal, souvent délicat dans le cas d'abcès aigus, où il n'y a plus de péri-prostatite, peut être difficile dans les cas de suppurations chroniques. On peut toujours craindre de voir apparaître une petite lésion rectale.

D'autre part, le drainage vésical par le périnée est une mauvaise condition pour obtenir la guérison de ces foyers et on risque de voir survenir une fistule uro-purulente périnéale qu'il faut traiter.

Jack Mock vient de publier trois observations de prostatectomie pour prostatite chronique (une par voie périnéale, 2 par voie sus-pubienne). Il conseille, si les urines contiennent du pus, la voie sus-pubienne en deux temps; dans le cas contraire, la voie périnéale « surtout si l'on a affaire à une prostatite chronique parenchymateuse où l'on trouvera de fortes adhérences avec une prostate peu volumineuse ». Il semble que les lésions inflammatoires anciennes ne soient pas un obstacle très grand à la prostatectomie sus-pubienne. Comme nous le verrons plus loin, on arrive toujours à pratiquer une prostatectomie même par morcellement.

Par la voie périnéale, le col vésical et la partie initiale de l'urètre sont respectés. Ces régions, toujours infectées au cours de la prostatite chronique, peuvent être, plus tard, le siège de sténose ou être le point de départ d'adénome.

Desnos et Minet mentionnent contre la prostatite avec phénomènes graves de prostatisme (cystite et dysurie dominant la scène) la cystostomie avec incision directe du col au galvanocautère, s'il paraît scléreux ou fissuré. Ce procédé ne peut avoir que des indications très limitées.

Enfin, dans l'Encyclopédie française d'Urologie, Oraison termine le chapitre des prostatites chroniques en disant que certains auteurs, tels Le Fur, Loumeau, ont eu recours à la prostatectomie sus-pubienne transvésicale.

C'est par cette voie qu'ont été opérés, par M. Marion, tous les malades dont nous rapportons les observations.

Cette intervention répond à tous les cas que nous avons rencontrés, qu'il s'agisse de formes glandulaires, avec ou sans abcès, de formes avec fistules périnéales, de formes avec rétention et même de formes douloureuses bien que, pour ces dernières, nous pensions qu'il soit préférable de s'abstenir au point de vue chirurgical.

La prostatectomie transvésicale réalise la dérivation des urines à distance du foyer opératoire.

Elle permet un accès facile sur la prostate.

L'ablation des tissus glandulaires peut être plus complète.

Cette opération a, en outre, l'avantage d'enlever le col vésical et, enfin, très gros avantage, il n'y a pas à craindre de fistule urinaire.

Technique de la prostatectomie sus-pubienne

A) Préparation du malade. — Un seul examen est capital, celui des sécrétions purulentes : pus urétral, pus provenant des fistules.

Il sera toujours bon de faire précéder l'intervention d'une série d'injections de *vaccins*, stock ou autovaccins. Ces injections sont surtout indispensables lorsqu'il s'agit de staphylocoques ou streptocoques.

En même temps, on fera une désinfection aussi soignée que possible de la vessie et de l'urètre. S'il en est besoin, l'urètre sera remis en état par dilatation ou même urétrotomie interne si nécessaire.

B) Opération. — Elle se fait en un seul temps.

En 1921, M. Marion avait indiqué la technique qu'il employait.

Après avoir fait une cystostomie, il pratiquait sur chaque lobe prostatique perçu par le toucher rectal, une incision partant en arrière du col et se portant en arrière et en dehors. Par cette brèche, le doigt décollait et énucléait le lobe prostatique.

M. Marion insiste beaucoup sur cette disposition des deux lobes prostatiques, description ancienne de Henle.

Les deux lobes prostatiques sont placés symétriquement de chaque côté de la portion initiale de l'urètre. Chaque lobe a la forme d'une amande, est nettement encapsulé; son énucléation est donc possible et réalisable.

Dans cette technique, le col vésical était laissé en place. Il est préférable d'enlever en même temps que la prostate, le col vésical. Et dans les formes avec rétention, il est indispensable de le faire disparaître.

L'opération sera donc conduite de la façon suivante :

1re partie : *Ligature et section des canaux déférents.* — La section du canal déférent sera pratiquée comme on le fait lors de l'ablation d'un adénome prostatique, à la partie supérieure du scrotum. Cette section, on le sait, met à l'abri des orchi-épidédymites. Or, dans les observations qui servent de base à ce travail nous relevons

deux cas d'orchites post-opératoires, les canaux déférents n'ayant pas été liés. Il y a donc lieu de faire bénéficier les opérés de cette petite intervention. Elle entraîne à coup sûr l'infécondité. Ce serait un inconvénient redoutable chez ces sujets; jeunes le plus souvent, si leur fécondité n'était déjà très certainement compromise pour ne pas dire disparue par les lésions graves du carrefour urogénital.

D'autre part, il est prouvé qu'elle n'altère en rien la puissance de l'individu.

Cette section n'allonge l'intervention que de quelques minutes, elle doit donc être pratiquée.

2e *partie : Cystostomie.* — Taille sus-pubienne; assez large si l'on est obligé d'opérer à ciel ouvert.

3e *partie : Prostatectomie proprement dite :*

a) *Incision de la paroi vésicale* au niveau de la prostate : l'index gauche est introduit dans le rectum et présente la prostate aux doigts de la main droite qui travaillent dans la vessie.

Cette incision doit être faite au bistouri.

Dans l'hypertrophie prostatique, la paroi vésicale qui recouvre l'adénome est amincie, friable; dans les prostatites chroniques, cette paroi a toute sa consistance normale. Elle ne se laisse pas déchirer par le doigt.

L'incision sera *circulaire* autour du col vésical, immédiatement au niveau de la prostate, pour enlever le col vésical.

Il y a deux façons de faire cette incision :

a) A bout de doigt, comme dans l'adénomectomie.

b) A ciel ouvert.

Si l'on opère à bout de doigt, la chose est délicate. En effet le bistouri est collé contre l'index ou le médius, fixé dans la paume de la main, et introduit dans la vessie.

Dès que le doigt touche la région à inciser, le bistouri ne la touche plus et si le bistouri la touche il est difficile au doigt de percevoir exactement le point où il se trouve. Pourtant, en laissant déborder le bistouri d'une longueur juste suffisante, on arrive à pouvoir pratiquer une incision de façon correcte. Cette technique est délicate, aussi peut-on procéder à ciel ouvert.

A ciel ouvert, la vessie est largement exposée. Rien n'est plus facile que faire l'incision autour du col.

b) *Décollement de la prostate :* Le temps délicat est la pénétration dans le plan de clivage, entre la prostate et les parois de sa loge. Le décollement sera fait au doigt. Il est quelquefois assez pénible et, pour avoir plus de facilité, on est amené à introduire dans la vessie index et médius. Il vaut mieux préférer cette façon à celle de la dissection sous le contrôle de la vue; on se guide beaucoup mieux à l'aide des deux doigts, l'un dans le rectum, l'autre dans la vessie.

Le décollement sera poursuivi en rompant par traction les points qui résistent. Les manœuvres sont parfois *pénibles*, mais au bout de quelques instants chaque lobe prostatique est énucléé de sa loge l'un après l'autre, parfois même par morcellement.

Un lavage vésical sera pratiqué avec une solution très chaude de nitrate d'argent au 1/1.000e.

c) *Tamponnement :* L'hémorragie est, en général, insignifiante. Il ne faut pas craindre de placer dans la cavité prostatique une petite *mèche iodoformée* comme dans l'adénomectomie.

Si la vessie a été largement ouverte, la brèche sera retrécie juste pour permettre le passage d'un gros tube Freyer-Marion.

Lorsqu'il s'agit de prostatite avec abcès, il faut avant tout ouvrir largement la cavité de l'abcès, mettre à plat

la caverne prostatique et enlever le plus de tissu prostatique possible.

C'est encore le doigt qui est le meilleur guide.

Dans certains cas, on opèrera comme ci-dessus.

Dans d'autres, on peut, simplement le doigt pénétrant dans le col vésical, arriver à arracher le plafond de la caverne; rien n'est alors plus facile que d'élargir la brèche. On enlèvera tous les tissus infiltrés qui forment les parois de l'abcès.

Ce qui importe, c'est d'ouvrir très largement les cavités prostatiques suppurées et de les faire communiquer avec la vessie, sans qu'il puisse exister de diaphragme qui rétrécirait cette communication prostato-vésicale.

C) Soins post-opératoires. — Les soins post-opératoires immédiats sont ceux de la prostatectomie pour adénome.

La remise en état de la vessie sera faite avec soin, celle de l'urètre également.

Dans quelques cas, nous avons noté la formation de calculs vésicaux, l'existence d'incontinence d'urine qui a disparu à la suite de dilatation de l'urètre et instillations vésicales de nitrate d'argent.

Résultats

21 malades ont été opérés par voie sus-pubienne. Ces 21 cas ont donné 2 décès; dans ces deux cas, il s'agissait d'abcès fistulisés. Le premier malade meurt quinze jours après l'intervention de scepticémie à streptocoques. Le deuxième malade meurt cinq jours après l'intervention; à la lecture de l'observation, la cause de la mort n'est pas notée d'une façon précise, mais il est probable qu'elle doit être la même.

Les foyers purulents n'ont sans doute pas été désinfectés assez soigneusement avant l'intervention.

On ne doit pas accuser le tamponnement puisque, chez le premier de ces malades, on vit un grand frisson se produire quelques instants après l'intervention.

Aussi faut-il insister sur la nécessité d'examiner le pus provenant de ces suppurations prostatiques; de pratiquer alors des injections de vaccins et de faire une désinfection soignée du foyer septique par des massages et lavages.

Donc, une mortalité de 9.5 p. 100 qui doit être abaissée par ces soins préopératoires.

Tous les autres malades ont parfaitement guéris dans les délais normaux.

Les urines s'éclaircissent plus ou moins vite, les phénomènes dysuriques disparaissent, l'écoulement également.

Nous avons signalé dans quelques cas, un peu d'incontinence qui a cédé aux traitements usuels.

Au point de vue de la génitalité, M. Marion signalait dès 1921 que tous les opérés avaient conservé leur puissance.

Pour l'avant-dernière observation publiée dans le journal d'Urologie, en 1921, très récemment opéré au moment de la publication, nous pouvons apporter les renseignements suivants transmis par le malade :

(Voir Obs. VIII. K... Charles). « Au point de vue général, je me porte bien. J'urine normalement quatre ou cinq fois par jour, une fois la nuit. Je ne souffre pas en urinant. Mes urines sont un peu troubles et sentent fort; alors je prends quelques cachets d'uroformine et je suis tranquille pour longtemps. Au point de vue des rapports sexuels, à mon âge, cela se ralentit, mais tout se passe normalement. »

Aucun malade n'est venu, après l'opération, se plaindre de troubles de la génitalité.

Une seule modification, c'est l'absence d'éjaculation.

C'est du moins ce que nous ont dit les malades qui ont pu s'observer. Il n'y a pas lieu de s'en étonner d'abord parce que le liquide spermatique doit être réduit au minimum après cette intervention et ensuite parce que ce liquide spermatique ne pourrait être expulsé au dehors: il doit refluer vers la vessie du fait des lésions importantes de l'urètre prostatique.

Enfin ces observations permettent d'apporter quelques faits pour l'étude des rapports qui existent entre la sensation voluptueuse et l'éjaculation.

Dans le Traité de Physiologie normale et pathologique T. XI, M. H. Busquet écrit qu'il « ne semble pas » que le passage du sperme dans l'urètre soit nécessaire pour produire cette sensation.

Chez trois malades qui se sont observés, il n'y avait aucune éjaculation et cependant la volupté n'était nullement modifiée.

Les opérés sont donc inféconds, puisqu'il n'y a plus d'éjaculation possible. C'est la raison qui permet de pratiquer la section systématique des canaux déférents pour éviter les orchi-épididymites.

Cette stérilité, d'ailleurs ne doit pas être imputable à l'intervention par voie sus-pubienne. Certains auteurs ont pensé que la voie basse conservait les canaux éjaculateurs et par conséquent la présence de spermatozoïdes. C'est chose peu probable. Albarran rapporte l'observation à l'A. F. U. 1907 d'un malade de 29 ans, opéré par voie périnéale d'une collection subaiguë de la prostate avec destruction de la prostate qui conserva érections, puissance génitale, mais avec éjaculations minimes et sans spermatazoïdes.

CHAPITRE V

Traitement des suppurations prostatiques au cours de l'hypertrophie prostatique

Indication opératoire

Aucune guérison n'est possible sans l'ablation de l'adénome et des tissus inflammatoires.

L'infection prostatique chez les prostatiques devient donc une indication opératoire formelle.

Si le malade au cours de cette infection chronique vient à présenter une poussée aiguë avec volumineuse collection suppurée, il y a lieu de donner d'abord issue au pus par voie périnéale ou même rectale suivant les indications ordinaires.

Il sera utile de pratiquer en même temps la section des canaux déférents et une cystostomie pour obtenir une dérivation parfaite des urines, atténuer les phénomènes congestifs prostatiques, éviter l'infection urinaire. Dans un deuxième temps, on fera l'ablation de l'adénome comme dans les cas ordinaires.

Dans ces cas d'infection chronique, l'état local sera amélioré par des massages, instillations... avec l'aide de la vaccinothérapie.

Faut-il opérer en un ou deux temps ?

Les règles qui doivent guider le chirurgien sont d'abord les mêmes que dans les cas où l'adénome n'est pas infecté, avec en plus cette considération spéciale de l'infection surajoutée.

S'il s'agit d'un malade très infecté, s'il s'agit de suppuration à streptocoque surtout, on opèrera en deux temps. L'examen des urines est donc capital. Si le malade est résistant, si l'infection paraît atténuée, si la constante est bonne, s'il y a une bonne élimination de P. S. P., la prostatectomie sera faite en un temps.

Intervention

L'opération est conduite comme dans le cas banal :

1° Section des canaux déférents;
2° Cystostomie;
3° Prostatectomie.

Il y a des cas où lors de l'ablation de l'adénome les tissus inflammatoires sont enlevés en même temps.

Dans d'autres cas, et c'est surtout lorsque l'adénome est petit, parfois soupçonné ou même méconnu, il faut enlever la prostate elle-même comme s'il s'agissait d'une prostatite chronique rebelle simple.

Un lavage vésical sera immédiatement exécuté.

Le tamponnement de la loge prostatique sera pratiqué.

Les mèches seront enlevées le quatrième jour, un peu plus tôt s'il existait un léger mouvement fébrile.

Les suites opératoires sont celles de la prostatectomie ordinaire.

Résultats

Les résultats sont analogues à ceux de la simple prostatectomie. Il semble que ces suppurations chroniques, depuis longtemps fistulisées, chez des malades bien préparés, n'aggravent nullement le pronostic opératoire.

La voie sus-pubienne est donc la plus simple pour traiter les suppurations chroniques des prostatiques.

CHAPITRE VI

Observations

A. — Observations des prostatites chroniques simples

Obs. I. — G... Clair, 38 ans, cultivateur.

Entré le 3 juin 1922 dans le service Civiale de l'hôpital Laribboisière pour prostatite chronique et vésiculite qui ne cèdent à aucun traitement.

Opération le 7 juin 1922 : Prostatectomie hypogastrique; ablation des deux petits lobes. Les vésicules qui paraissent peu atteintes sont laissées en place.

Sort le 20 juillet : guéri.

Le 4 octobre 1922, revient pour troubles de cystite que n'améliorent pas les instillations de nitrate d'argent. Une cystoscopie montre un calcul vésical.

Le 18 octobre 1922, ablation du calcul.

Sort le 4 novembre.

Le malade fin 1927, nous a envoyé de ses nouvelles. « Depuis les opérations, sa santé a toujours été bonne, » dit-il.

En décembre 1922, il a fait une orchite droite, traitée par son médecin.

Obs. *II.* — P... Louis, 64 ans, employé.

Entre le 18 décembre 1922, service Civiale. Il présente une rétention complète aiguë d'urine depuis dix jours. Auparavant pollakiurie surtout nocturne. Au toucher, la prostate est augmentée de volume, à gauche, bien limitée, molle; à droite indurée, mal limitée dans la région supérieure.

On porte le diagnostic de néoplasme prostatique.

Le 30 décembre 1922 : cystostomie pour rétention complète.

Le malade sort le 27 janvier porteur d'une cystostomie.

Il est revu le 16 février 1923; le noyau prostatique droit a complètement disparu.

La prostatectomie est proposée au malade qui accepte.

Le 28 février 1923 : deuxième intervention.

Prostatectomie sus-pubienne pour prostatite chronique antérieurement diagnostiquée néoplasme.

Les suites opératoires sont normales, mais la vessie fistulisée depuis décembre 1922 n'est pas encore fermée en avril.

Le 11 avril 1923, fermeture de la vessie en deux plans.

Sortie le 22 avril.

Obs. III. — Rec... Nicolas, 40 ans, ébéniste.

Entre le 22 janvier 1923, service Civiale pour troubles douloureux du côté du périnée existant depuis 22 ans et urines troubles.

Le toucher rectal fait constater une prostate augmentée de volume à droite.

L'urétroscopie montre une fistule urétrale débouchant à droite du veru montanum. Le cathétérisme de cette fistule permet de faire entrer une sonde à une profondeur de trois centimètres.

Il existe donc une véritable caverne prostatique.

Le malade présente, en outre, une hydrocèle vaginale gauche qui aurait été opérée en Italie. (Cicatrice cutanée).

Intervention le 27 janvier 1923 :

1° Pour l'hydrocèle gauche, on pratique une résection de la vaginale;

2° Ligature et section des canaux déférents;

3° Ablation du lobe droit de la prostate creusé d'une caverne.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de prostatite et vésiculite banale (Kogan).

Le malade sort le 18 avril.

Obs. IV. — P... Eugène, 54 ans, magasinier.

Entre le 27 mars 1925, service Civiale.

Vient pour un écoulement purulent survenant au maximum à la fin de la miction. Le début remonte à deux mois, sans autre symptôme, dit le malade. Pas de douleurs, pas de pesanteur, pas de dysurie. Il y a très longtemps, a eu une blennorragie. A l'examen, on trouve un méat ponctiforme, congénital. Le toucher prostatique montre des lobes prostatiques volumineux, surtout à gauche. La pression en fait sourdre une quantité considérable de pus.

Intervention le 1er avril 1925; ouverture par voie suspubienne d'un abcès de la prostate ouvert dans l'urètre, depuis plusieurs mois. Pénétration dans une cavité située à gauche du col, du volume d'une grosse noix. Ablation aussi large que possible de la paroi supérieure de cet abcès et du col avoisinant.

Le malade meurt le 6 avril.

Obs. V. — B... Jules, 41 ans, secrétaire.

Entre le 27 février 1926, service Civiale.

Vient pour un écoulement perpétuel de l'urètre, de la dysurie et de la pollakiurie.

En 1913, il présente un abcès de la prostate qui est incisé.

Quelques semaines plus tard, la guérison est complète. Puis 7 à 8 mois après, apparition de pollakiurie, dysurie. Le malade fait de très gros efforts pour uriner. Des tentatives de dilatations sont faites. Elles sont suivies de poussées thermiques et d'épididymites à répétition (deux de chaque côté). Puis apparition d'un écoulement par le canal 18 mois avant l'entrée dans le service. Ce malade en arrive, à cause de la pollakiurie et de la dysurie, à se sonder de 2 à 5 fois par jour.

A l'exploration, le canal est perméable. Le toucher montre une prostate dont les deux lobes sont augmentés de volume surtout le droit, irrégulier, bosselé avec périprostatite. Il existe, d'autre part, des noyaux épididymaires bilatéraux.

Intervention le 20 mars 1926 : Prostatectomie pour prostatite ancienne.

Le malade a des suites opératoires rapides et sort le 10 avril.

Revu le 27 juillet 1927. Le malade est en excellent état, a repris 15 kilos. Il n'a ni douleur, ni pollakiurie, ni dysurie. Les urines sont claires. Au point de vue génital, la puissance n'est nullement modifiée, au contraire. Les sensations voluptueuses sont les mêmes. Le malade a remarqué qu'il n'y a aucune éjaculation. Il est absolument ravi de son état.

Obs. VI. — Th... Lucien, 27 ans, chauffeur.

Entre le 6 janvier, service Civiale.

Vient pour des phénomènes de suppuration urétrale tenace, consécutive à une blennorragie datant de deux mois. En même temps, il se plaint de douleurs à la miction et présente une goutte purulente terminale.

Le toucher rectal fait constater deux lobes prostatiques volumineux, irréguliers, de consistance inégale. La pression fait sourdre par l'urètre une quantité appréciable de pus. Le

malade a été traité par tous les moyens habituels, massages, dilatations, vaccins.

Devant l'importance des lésions et l'échec de tous les allaitements, une intervention est proposée au malade. Il la refuse et sort sur sa demande.

Il revient, le 28 février 1927, pour subir l'intervention.

Le malade présente en outre une orchi-épididymite droite.

Intervention le 12 mars.

1° Ligature des canaux déférents : à gauche rien d'anormal; à droite, il existe une orchite et on ouvre un abcès;

2° Prostatectomie sus-pubienne. Au cours de la prostatectomie, ouverture d'un abcès dans le lobe gauche. Lavage, mèche iodoformée dans la cavité prostatique.

Les suites opératoires immédiates ont simples.

Lors de la mise en place dans l'urètre d'une sonde pour fermer la vessie, une poussée d'orchi-épididymite droite se déclare avec suppuration, qui nécessite l'ablation de la sonde.

De ce fait, la fermeture de la vessie est retardée.

Le malade quitte le service le 8 mai, en excellent état général, et urinant parfaitement mieux.

N'a pas été revu.

B. — Observations de prostatites chroniques chez les prostatiques

Obs. VII. — C... Michel, 60 ans, menuisier.

Entre le 18 mars 1922 dans le service Civiale.

Vient pour de la pollakiurie diurne et nocturne.

En 1917, le malade a présenté les premiers signes d'hypertrophie prostatique (pollakiurie nocturne légère, dysurie). Depuis cette époque, les troubles ont augmenté. Au tou-

cher, on trouve une prostate hypertrophiée de volume moyen. Il existe un résidu de 250 gr.

Première intervention le 22 mars : Ligature des canaux déférents. Cystostomie.

Deuxième intervention le 22 avril : Prostatectomie.

A l'examen de la pièce, on constate que la prostate qui est de taille moyenne, présente de petits abcès.

Le malade sort le 8 juin.

Obs. VIII. — M... Amédée, 62 ans, artiste.

Entre service Civiale le 8 juin 1924.

Il vient pour une rétention complète chronique datant de trois ans et pour un écoulement purulent très abondant datant de trois mois. Au toucher, la prostate est très augmentée de volume, arrondie; le sillon médian a disparu. Le lobe gauche est de consistance élastique, le lobe droit de consistance fluctuante. La pression fait sourdre du pus en abondance. A l'exploration de l'urètre, on note un rétrécissement n° 18.

Intervention le 23 janvier 1924. Dans un même temps, on pratique la ligature des canaux déférents et la prostectomie transvésicale.

Il s'agit d'un abcès développé dans un lobe droit adénomateur. Drainage. Pas de mèche.

Le malade sort le 1er mars.

Obs. IX. — D... Jean, 53 ans, s. p.

Entre le 12 mars 1923, service Civiale.

Vient pour des troubles de prostatite chronique, entretenus par un début d'hypertrophie prostatique. Le malade est soigné depuis dix-huit mois sans aucun résultat.

Pas de résidu. Le toucher dénote une prostate douloureuse, manifestement hypertrophiée.

Première intervention le 14 mars 1923.

Ligature des canaux déférents.

Cystostomie.

Deuxième intervention le 11 avril.

Prostatectomie sus-pubienne : on trouve une prostate de petit volume avec traces d'abcès anciens.

Le malade sort le 15 mai.

Obs. X. — (L'histoire clinique de ce malade est due à l'obligeance du docteur Rousseau qui a suivi le malade avec le docteur Toupet).

C..., 60 ans.

Vu pour la première fois le 10 septembre 1927. Malade depuis le début d'août; soigné à cette date pour abcès de la prostate.

A ce premier examen, le malade se plaint de douleurs à la miction et surtout à la fin de la miction. La température est aux environs de 38°. Le toucher rectal permet de constater un abcès prostatique au niveau du lobe gauche. La pression fait sourdre par le canal du pus abondant et épais.

L'examen direct et la culture de ce pus montrent qu'il s'agit de staphylocoques, de bactérium coli et entéromorphes.

Un autovaccin est préparé. Mais les injections sont faites très irrégulièrement car mal acceptées par le malade.

En même temps, lavage à la sonde avec une solution d'oxycyanure de mercure et massage de la prostate.

La suppuration continue avec poussées thermiques à 39°, 39°5, à l'occasion du traitement.

On a l'impression qu'il s'agit d'un abcès prostatique chez un malade présentant un adénome prostatique. Une consultation a lieu avec M. Marion, le 19 octobre, qui conseille l'incision des abcès prostatiques à ce moment bilatéraux.

Le malade ne se décide pas. Le traitement médical n'amène aucun résultat.

L'état général commence à être atteint.

Le 28 novembre, le malade accepte l'intervention.

Intervention le 29 novembre : M. Marion pratique en un seul temps : ligature des canaux déférents et prostatectomie; ablation des lobes prostatiques vrais qui présentent des cavités d'abcès contenant de nombreux petits calculs.

Le lobe gauche porte un adénome du volume d'une noisette.

Lavage vésical avec une solution de nitrate d'argent. Mèche iodoformée dans la cavité prostatique.

Les suites opératoires sont simples. A signaler un peu de hoquet pendant 48 heures.

Le 31 décembre, le malade quitte la maison de santé, les urines encore un peu troubles.

CHAPITRE VII

Conclusions

1° Les suppurations chroniques de la prostate rebelles au traitement ordinaire sont, dans la grande majorité des cas, consécutives à la fistulisation d'un abcès prostatique soit dans l'urètre, soit au périnée. Il y a donc lieu, pour les éviter, de drainer, dès que le diagnostic en est porté, toute collection prostatique aiguë par voie périnéale ou rectale suivant les indications classiques;

2° Dans les prostatites chroniques rebelles, il y a lieu d'envisager le traitement chirurgical dès que les symptômes persistent après un traitement médical bien conduit et régulièrement suivi;

3° Cette intervention sera la prostatectomie vraie sus-pubienne, transvésicale;

4° Elle est indiquée :

Dans les formes avec fistules prostato-urétrales;
Dans les formes avec fistules prostato-périnéales;
Dans les formes de prostatite glandulaire;
Dans les formes avec rétention vésicale d'urine.

Il y a lieu de faire des réserves pour les formes essentiellement douloureuses;

5° La gravité de l'intervention se traduit par deux morts sur vingt-et-un cas; cette mortalité pourrait être abaissée par une préparation rigoureuse du malade (désinfection du foyer, vaccinothérapie);

6° Les résultats, dans les autres cas, ont toujours été parfaits.

Au point de vue général;
Au point de vue urinaire;
Au point de vue génital.

Chez les prostatiques, les suppurations prostatiques chroniques sont une indication à la prostatectomie.

C'est encore la voie sus-pubienne qu'il faudra préférer.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président,*

ROGER. P. DUVAL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

CHARLETY.

Bibliographie

ALBARRAN. — De l'intervention chirurgicale dans les abcès de la prostate.

ASCHNER. — Chronic abscess of prostate uned by intra méthal proceeding. — *Surg. Gyn. and Obst.*, Chicago, 1919.

BUSQUET. — Traité de physiologie normale et pathologique, t. XI.

BUTTLER (De). — Neurasthénie urinaire par prostatite chronique guérie par prostatectomie partielle. — *Gaz. des Hôp.* 1913.

CAMILATOS. — Thèse de Paris, 1909.

CARLIER. — A. F. U. 1908.

DESNOS et MINET. — Traité des maladies des voies urinaires.

JANET. — Hypertrophie prostatique et prostatite hypertrophiante. — A. F. U. 1909.

LE FUR. — Prostatite chronique simulant l'hypertrophie prostatique. — A. F. U. 1903, 1904, 1909.

— Des suppurations prostatiques non tuberculeuses. — A. F. U. 1907, 1908.

LEGUEU. — Traité chirurgical d'urologie.

LOUMEAU. — Opération de Freyer appliquée au traitement de certaines suppurations prostatiques. — A. F. U. 1907, 1908, 1909.

— Contribution à l'étude des abcès non tuberculeux de la prostate. — A. F. U. 1907.

LUYS. — Traité des maladies de la prostate.

— Traité de la Blennorragie et ses complications.

MARION. — Prostatectomie sus-pubienne dans les prostatites chroniques. — A. F. U. 1913. *Journal d'Urologie*, 1921, t. XI, n°s 5-6.

— Traité d'Urologie, 1928.

MINET. — Quelques points de l'anatomie et des traitements des abcès intra et périprostatiques. — A. F. U. 1907.

MOCK (Jack). — Traitement opératoire des prostatites chroniques. — Bullet. et Mém. de la Société de Médecine de Paris, n° 17, 1927.

ORAISON. — Pathogénie et traitement des abcès non tuberculeux de la prostate (Rapport). — A. F. U. 1907. Encyclopédie française d'Urologie, t. VI.

PASTEAU. — Traitement des abcès de la prostate. — A. F. U. 1907.

PHELIP. — Evidement prostatique à l'électrocoagulation dans les suppurations chroniques de cette glande. — A. F. U. 1922.

RAFIN. — Les abcès de la prostate. — A. F. U. 1907.

Pour les prostatites chroniques au cours de l'hypertrophie, voir la bibliographie qui suit le travail de Carmelo Maltese Le Roy. *Journal d'Urologie*, t. XXII, n°s 4 et 5.

Limoges. — Imp. Commerciale Perrette.